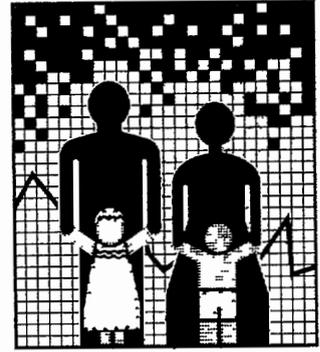




PN-ACS-187
102890



**RECHERCHES
OPERATIONNELLES**

ASSISTANCE TECHNIQUE

PROJET II EN AFRIQUE

POPULATION COUNCIL

Evaluation des Programmes de Santé de la Reproduction

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE**
Isseu Diop Touré

POPULATION COUNCIL
Nafissatou J Diop
Aissata Diallo
Diouratrié Sanogo

**Programme National de
Planification Familiale**

**Projet de Recherches Opérationnelles et
d'Assistance Technique en Afrique II**

Evaluation des Programmes de Santé de la Reproduction au Sénégal

Novembre 1997

Remerciements

Les auteurs souhaiteraient remercier toutes les institutions et personnes qui ont permis la réalisation de cette recherche

En premier lieu, le Programme National de Planification Familiale (PNPF) qui, pour des raisons de calendrier a bien voulu accepter que cette recherche soit gérée par le Population Council. L'intérêt et l'appui soutenus du Médecin Colonel Adama Ndoye ont permis son exécution ponctuelle et aisée

Sont également remerciés pour leur appui et leur contribution, la direction de l'hygiène et de la Santé Publique, les régions médicales et les principaux partenaires que sont

- Management Sciences for Health (MSH)
- Le Service d'Alimentation et de Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS)
- BASICS project
- Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS)
- La Clinique de gynéco-obstétrique de l'HALD

Nos remerciements s'adressent aussi

- aux collègues ayant facilité la formation et la collecte des données, Mlle Kodou Wade et Dr Placide Tapsoba
- au personnel de collecte et de saisie des données
- au personnel d'appui sans la disponibilité duquel, ce travail ne saurait être mené à terme

Finalement, les auteurs expriment leur vive gratitude à l'USAID dont le financement et le soutien ont rendu possible cette recherche. Particulièrement à l'équipe santé représentée par Mme Fatimata Sy et Mr Christian Barrat dont la détermination a facilité l'exécution de cette recherche

Liste des Abréviations

PNPF	Programme National de Planification Familiale
PF	Planification Familiale
SMI	Sante Maternelle et Infantile
USAID	Agence des Etats Unis pour le Developpement International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activites en matiere de Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ASBEF	Association Senegalaise pour le bien-être Familial
SANFAM	Sante de la Famille
CAP	Connaissance Attitude et Pratique
EDS	Enquête Demographique et de Sante
AS	Analyse Situationnelle
ASS	Analyse Situationnelle du Senegal
PPS	Points de Prestation de Services
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
SIDA	Syndrome d'Immuno Deficience Acquis
DIU	Dispositif Intra Uterin
LT	Ligature des Trompes
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
IEC	Information Education et Communication
ASC	Agent de Sante Communautaire
LMD	Lutte contre les Maladies Diartheique
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SIG	Systeme d'Information a des fin de Gestion

Liste des Graphiques

Graphique 1	Services habituellement disponibles dans les PPS	5
Graphique 2	Caractéristique des infrastructures disponibles dans les PPS	8
Graphique 3	Pourcentage des PPS disposant de l'équipement minimum pour fournir des services de SR	9
Graphique 4	Pourcentage des postes de santé disposant de matériel minimum nécessaire pour fournir des services de SR	9
Graphique 5	Pourcentage des autres PPS disposant de matériels minimum nécessaires pour fournir des services de SR	9
Graphique 6	Pourcentage de PPS disposant de l'équipement et du matériel pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition	10
Graphique 7	Formation des prestataires en matière de SR	11
Graphique 8	Matériel d'IEC disponible dans les PPS	12
Graphique 9	Pourcentage de PPS ayant reçu une supervision au cours des 6 derniers mois dans les unités SMI/PF	13
Graphique 10	Méthodes habituellement fournies dans les PPS	14
Graphique 11	Disponibilité des produits pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition dans les PPS	15
Graphique 12	Méthodes mentionnées et discutées par les prestataires avec les clientes durant la consultation	17
Graphique 13	Critères d'éligibilité pour obtenir la contraception	18
Graphique 14	Méthodes recommandées par les prestataires pour espacer les naissances	19
Graphique 15	Informations données aux clientes sur la nouvelle méthode acceptée	19
Graphique 16	Connaissances de la contraception par les clientes PF	20
Graphique 17	Procédures jugées nécessaires par les prestataires avant d'offrir la Pilule et le DIU	21
Graphique 18	Pratique des prestataires en face d'une cliente désirant une méthode et n'ayant pas ses menstruations	21
Graphique 19	Procédures médicales accomplies durant l'examen pelvien	22
Graphique 20	Questions abordées par le prestataire lors des consultations curatives "Diarrhée"	23
Graphique 21	Procédures médicales accomplies durant la consultation curative "Diarrhée"	23
Graphique 22	Questions abordées par le prestataire lors des consultations prénatales	24
Graphique 23	Procédures médicales accomplies lors des visites prénatales	24
Graphique 24	Prise en charge des clientes avec MST	25

Liste des tableaux

Tableau 1	Caracteristiques de l' echantillon	3
Tableau 2	Coût moyen des consultations selon le secteur	6

EXECUTIVE SUMMARY

This study was undertaken in 1997 to provide assistance to the Senegalese Ministry of Health (MOH) in planning improved services in reproductive health. In 1995, the Child Survival and Family Planning Project (CS/FP), funded by the United States Agency for International Development (USAID), began to develop the norms and protocols for family planning (FP) services, which were subsequently approved by the Ministry of Health in 1996, and their dissemination was foreseen in 1997. Hence, it was necessary to obtain baseline data for indicators to be utilized in evaluating the performance of the programs in each health sub-system.

The objectives of this study were to

- Evaluate the quality and efficiency of the reproductive health services in Senegal,
- Develop indicators of progress in achieving USAID's Strategic Objective No. 1 "reduce family size", and
- Obtain baseline data suitable for evaluating the future performance of Service Delivery Points (SDP) on the basis of the norms and protocols set for family planning services.

The methodology was essentially the same as that used in the Situation Analysis Study (1994). However, the present study was restricted to the four regions targeted by the CS/FP Project. The evaluation not only focused on the availability and the quality of services in FP, but also on other components such as the control of diarrheal diseases (CDD), malnutrition management, prenatal care and sexually-transmitted diseases/acquired immune deficiency syndrome (STD/AIDS). The sample characteristics are given in the following table.

Characteristics	Number of units
Regions Kaolack, Fatick, Louga, Ziguinchor	4
Service Delivery Points (SDPs) 156 rural and 38 urban	194
Family Planning (FP) observations & interviews	252
Maternal and Child Health (MCH) clients interviewed	313
Observations in prenatal clinics	261
Observations in diarrhea management	48
Health personnel interviewed	316

Eighty-six percent of the SDPs were health posts; others were Reference Centers, hospitals, Health Centers, ASBEF (Association Senegalaise pour le Bien-Etre Familiale) and MCH (Maternal and Child Health) clinics. Ninety-two per cent of the SDPs were in the public health sector, while the rest were private facilities of ASBEF, SANFAM (Sante de la Famille), and the Catholic Church.

The results and recommendations are summarized under three headings: A. Accessibility to reproductive health services, B. Functional capacity of service delivery points (SDP), and C. Quality of health services. The dissemination of results and recommendations are briefly described in the final section.

A ACCESSIBILITY TO REPRODUCTIVE HEALTH CENTERS

A 1 Services offered by the SDPs One of the objectives of the Ministry of Health is to integrate all health services in each multipurpose health service delivery point. An inventory of the available services in the SDPs revealed that FP is offered along with other services such as prenatal consultation and immunization in most of the SDPs. The availability of FP services was considered satisfactory, with services being provided every weekday in 90% of the SDPs. Nutritional surveillance, postnatal consultation and post-abortion care were less available while the least available services were nutritional rehabilitation, sterility consultation and FP services for men and adolescents. Nevertheless, more than 60% of the SDPs provided all services from Monday to Friday.

A 2 Financial accessibility The average cost of contraceptive methods ranged from 0 to 800 CFA for the pills and injectables, and from 0 to 500 CFA for intra-uterine devices (IUDs). The reduction and harmonization of product/service costs, managed through the Health Committees was effective in many SDPs. The Bamako Initiative has already been applied to the supply of contraceptives in certain Districts. Very few facilities had visibly posted the cost of each service.

A 3 Timing of service Health services were available generally from 9 00 AM to 14 00 PM, with only 20% of SDPs being open before 9 00 AM. The average waiting time for a consultation was approximately one hour, although this could often extend to more than two hours waiting time during the peak service hours of 9 00 AM-11 30 AM.

Recommendations to improve accessibility

- 1 Improve the availability of nutrition rehabilitation and FP services for adolescents and men
- 2 Create adolescent counseling centers at the district and commune levels and train the service providers in better adolescent case management
- 3 Prominently display the costs of health services and products in all the SDPs
- 4 Ensure that official SDP opening and closing hours are respected and better inform the population about the hours of service in order to moderate the flow of services and reduce waiting time for clients

B FUNCTIONAL CAPACITY

B 1 Infrastructure Electricity and water were available in 48% and 55% of SDPs, respectively. Functional toilets and/or latrines were available in 69% of the SDPs. The majority of the rural SDPs were in a dilapidated state, especially the roof and windows, with both electricity and water lacking in more than 30% of cases.

B 2 Equipment More than 90% of treatment rooms had a gynecological table, balance blood pressure gauge, stethoscope and sterilizing equipment. On the other hand, the minor materials necessary for examination and treatment were often lacking. Up to 38% of the SDPs possessed a box for inserting and removal of IUDs, and only 5 SDPs offered the Norplant Method. A total of 32% of the SDPs possessed an Oral Rehydration Unit or a Nutrition Rehabilitation Center. The

SANAS (le Service d'Alimentation et de Nutrition Appliquee au Senegal) has equipped all the SDPs in the 4 regions covered by the CS/FP project for diarrhea case management. However, the material was generally not utilized, the material was either tucked away in a cupboard or a box, or kept in various places in the village because the SDP structure was too dilapidated to serve as a rehabilitation unit.

B 3 Availability and training of personnel 924 health workers were inventoried: 551 Community agents, 162 health agents, 122 state-registered nurses, 76 midwives and senior technicians, and 11 doctors. The doctors, although the only ones fully authorized to administer the whole range of contraceptives available in Senegal, were not involved in routine consultations, but were responsible for overall supervision. The median duration of service for the health service providers since the end of their professional training was 14 years. A great majority of the health providers had their training in child delivery, immunization, diarrhea management, prenatal consultation and FP, whereas postnatal consultation, complications after abortion and IEC techniques have only recently been emphasized. More than 60% of health providers had refresher courses on immunization, diarrhea management, breast feeding and weaning practices, while more than 50% of the health providers had refresher courses on nutritional surveillance, malnutrition management, counseling/IEC on STD/AIDS. These courses were offered within the last 1-2 years, except for immunization refresher courses which were implemented an average of 4 years ago. Thus, it appears that a considerable effort was made in the area of training.

B 4 IEC activities and materials Only 5 SDPs out of 194 had IEC activities on the day of the survey, and only one third of the SDPs had planned IEC sessions (29% of the health posts and 48% of the other types) despite the protocol that IEC activities should be implemented each day. Amongst the IEC materials, posters on the wall and image boxes were the most available, although only 19% of the Health Posts had flip chart and other materials were practically non-existent. Audio-visual material was available only in the Health Center types, with the Reference Centers and hospitals being the best equipped.

B 5 Supervision The frequency of supervision of health service activities is low and irregular in all the study regions, within the six months prior to the study, only 52% of the SDPs had received any supervisory visit.

B 6 Health Information System The consultation register was available in more than 90% of the SDPs, but filing cabinet for consultation and appointment cards were rare. Seventy seven percent of the SDPs had a table, waiting bench and chairs for visitors. Four out of five SDPs have individual consultation cards for each FP client and they were generally in a good condition. Up to 95% of the SDPs send their reports to the superior level, but the deadline is not observed and on average it had been 4 months since the last report was sent.

B 7 Availability of products Pills, male condoms and hormone injectables were available in almost 90% of the SDPs, while longer-term methods such as IUDs were available in 20% of the SDPs. Norplant was available in only 5 SDPs and female condoms only in one SDP, while the diaphragm was never available. During the last 3 months, the following materials had been

temporarily out of stock combined pills and IUDs (5%), progesterone pills (7%), injectables (12%), male condoms (4%), and spermicides (10%) Lack of availability of materials was more prevalent in the rural areas, especially for injectables For diarrhea and malnutrition management, milk, oil and sugar were available in only 15% of the SDPs and mothers were normally recommended to purchase these materials On the other hand, vitamin A and iron were available in 81% and 90% of the SDPs, respectively ORS, although available in 63% of the SDPs, was frequently out of stock (87%) in the previous three months

Recommendations to improve functional capacity

- 1 In rural areas, the lack of electricity and water should be resolved by installing generators and/or solar panels, and by training technicians in constructing water jars with a tap
- 2 Health Committees should concentrate their efforts on repairing Health Posts in order to be able to install the Oral Rehydration Unit and Nutrition Rehabilitation Center
- 3 Additional efforts are needed to equip the SDPs, especially Health Posts, according to the norms and protocols of the Ministry of Health Equipment and materials for CDDs and for malnutrition management should be used in treatments
- 4 IFC is always the weakest part of the programs, especially in FP More effort is needed in IEC activities at the SDP level
- 5 Supervision should be reinforced in order to create a system for motivating the health providers
- 6 There is an obvious lack of qualified personnel in the 4 regions It is desirable to recruit additional personnel to fill the gap Also, more training is needed in counseling techniques
- 7 A cost recovery system in diarrhea and malnutrition treatment should be instituted in order to avoid the high frequency of being out-of-stock

C QUALITY OF SERVICES

C 1 Interpersonal relations Almost all of the clients (95%) expressed satisfaction with the way consultations were handled and felt they had received the information and the services desired In addition 85% of the clients thought that the duration of consultation was appropriate

C 2 Choice of contraceptive methods Of the methods introduced to clients on their first visits, combined pills were most frequently mentioned, followed by injectables and IUD The most frequently used methods were combined pills in Health Posts, and injectables in other facilities The availability of Norplant was limited to several reference centers and ASBEF clinics The majority of new clients (97%) had obtained their preferred contraceptive method, within the eligibility criteria The accepted age range for the pills was 16 to 40 years, and 20 to 45 for injectables and Norplant Least restrictions were placed on use of condoms and spermicides The minimum number of children required for the users of injectables and Norplant was 2, which compares with 1 for other reversible methods, and 5 for tubal ligation The most recommended methods for child spacing were pills and injectables, while for limiting the family size the most frequent recommendation was tubal ligation

C 3 Information given to clients Information most commonly provided to the new clients was on how to use the method, followed by the advantages, and inconveniences and side-effects. Information on what to do in case of problems possibility of changing, and prevention of STD/AIDS was provided to less than half of the new clients. Only 12% of the new clients were informed on the capacity of the method in preventing STD/AIDS. In general, Health Centers, and MCH and other clinics, gave more information to new clients on their accepted methods than in Health Posts. Regarding the use of IEC materials, 77% of the providers used the samples of contraceptive methods, and only 13% used flip chart and pamphlets. The use of condoms as a contraceptive method which protects against STD/AIDS was mentioned in only 10% of the consultations. Before prescribing pills, IUDs, injections or Norplant, very few providers asked their clients about their previous history of STDs. In knowledge tests, clients retained information about how to use IUDs and pills.

C 4 Technical competence The aseptic condition was not rigorously observed in pelvic exams, only 15% of providers washed their hands before performing the examination. Fifty-five percent of pelvic examinations were done by the providers wearing gloves or finger cots. Furthermore, only 40% of the gloves used were sterile, and the material was sterilized in only 30% of the cases. Almost 90% of clients were not informed of the examination procedures, and the results were communicated to very few. Inspections of the external genital area, speculum exams, and vaginal exams were not performed for all of the clients who underwent the pelvic examination.

For clients who wish to have a contraceptive method but do not have menstruation, the following measures were taken by the providers: giving condoms (59%), sending the clients away until the next menstruation (40%), provoking menstruation (36%) and/or clinical examination (37%).

The management of side-effects from FP methods was satisfactory because a majority of the providers conformed to the recommended protocols. Almost all the clients felt confident enough to discuss their problems of side-effects with the providers on a return visit. Providers gave treatment in less than half of such cases and suggested a change of the method in 8% of the cases.

The normal procedures observed for diarrhea consultations were to examine the mucus, degree of dehydration, taking body weight, and taking temperature of the children. Height measurements and stool examinations were seldom carried out. Interpersonal communication was weak, only one third of the mothers were informed of the results. Frequently-asked questions were the number of stools, the characteristics of the stool, and the age of the children. Questions on home treatment carried out by mothers, child's immunization status and nutrition of the child, were seldom asked.

It appears that management of prenatal visits conforms to the protocols set by the MOH. Forty-four percent (44%) of the clients came for the first consultation, 32% for the second, 17% for the third and 7% for the fourth and more. All new clients were asked about their reproduction history and age. The date of the last period was asked in 42% of cases when women came for the first consultation. Taking weights, and blood pressure, mucus and conjunctiva examinations, and checking for edema, were routinely carried out, however, clients were seldom asked to empty the bladder prior to the examination. Ninety-two percent (92%) of the clients were prescribed iron as well as chloroquine tablets. Up to 84% of the women were prescribed the anti-tetanus vaccine.

The providers were interviewed regarding the management of STD and AIDS patients. Less than half of the providers do patient counseling (46%), but 4 out of 5 would give treatment. As for the AIDS patients, the first reaction of the providers was to refer the AIDS patients for a test. Only 33% of the providers gave counseling to the women, and 25% referred the patients for treatment of complications and for counseling. Even though the providers have excellent knowledge and preparation on AIDS, only 30% of the providers recommended clients to use condoms.

C 5 Mechanisms to encourage continuity Virtually all new clients (98%) knew about their next consultation or method of resupply. Sixty five percents (65%) of the new clients could obtain the method that they had decided to use. The majority of the new clients were told, and given a written reminder on, when and where to return to for the next visit.

C 6 Organisation of MCH/PF services During the FP consultation, other important health issues were rarely discussed, even though postnatal care, STD, immunization, nutrition surveillance, oral rehydration therapy (ORT) and nutrition services are all in one package. All services are usually available in more than 80% of the health structures, but only 8% of the clients received other services in FP consultations. The majority of the women received immunization services for their children, but only 18% received growth surveillance and only 6% received nutrition service.

Recommendations to improve quality of services

- 1 Ensure regular and effective supervision to correct negative behavior of service providers, such as not washing hands before consultation, and not using sterile gloves during consultations.
- 2 Provide periodic refresher courses in contraceptive techniques and counseling techniques, to enhance interpersonal communication skills of personnel.
- 3 Train chiefs of health posts and midwives to competently insert and remove IUDs and Norplant.
- 4 Provide refresher courses in treatment of diarrheal diseases and malnutrition for relevant personnel.
- 5 Strictly apply the norms and protocols in order to reduce the non-medical restrictions imposed by certain providers.

D DISSEMINATION AND USE OF RESULTS

To date, the results of this study were disseminated and used as follows

- A national workshop was implemented by USAID in July 1997, in order to present these results and to formulate recommendations for better use of finances and technical assistance in the new organizational structure of USAID
- A national workshop was implemented by the Child Survival/Family Planning Project for developing IEC strategies and messages in FP/STD/AIDS. This study results on IEC was presented to the participants and the report was used to identify IEC problems in Senegal clinics
- Diffusion of results through dissemination seminars held in each region during August/September, 1997. Four charbooks were issued from the seminars
- Progress towards achievement of Strategic Objective No. 1 was documented in the Results Report Resources Request (R4) and sent to USAID Washington
- The analyses of availability of products and equipment for child survival were used by SANAS and BASICS (the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project) in reorienting their strategies for improving child survival

I INTRODUCTION ET CONTEXTE DE L'ETUDE

En 1994, le Programme National de Planification Familiale (PNPF) a mené une Etude d'Analyse Situationnelle des Points de Prestation de Services de Planification Familiale (ASS) sur tout le territoire du Senegal avec l'assistance technique du Projet de Recherches Operationnelles et d'Assistance Technique II en Afrique du Population Council. L'objectif de cette etude etait de fournir une description detaillee de la disponibilite, du fonctionnement et de la qualite des services de Planification Familiale (PF) offerts et d'identifier les forces et les faiblesses du programme de PF au Senegal.

Cette etude a permis de noter que les infrastructures et la formation du personnel etaient satisfaisantes. Cependant, l'equipement, les services IEC, la disponibilite de toute la gamme des methodes contraceptives, l'approvisionnement et la supervision etaient les grandes faiblesses du programme de PF. La disponibilite des services etait bonne, cependant le nombre d'heures d'ouverture des services dans la journee etait insuffisant. Au niveau de la qualite des services, il apparait que le temps d'attente des clientes etait long alors que le temps de consultation etait court. Une discussion permettant le choix approprié des methodes n'avait pas toujours lieu, ceci ayant pour resultat une connaissance insuffisante des methodes par les clientes. Des restrictions relatives a l'âge, la parité, le statut matrimonial et le consentement du conjoint etaient également appliquees par les prestataires.

Les resultats de cette etude ont été largement utilises pour différentes fins : 1) Ils ont servi a reactualiser le Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale (PSE/PF) et a identifier de nouvelles strategies pour le PNPF, 2) Les recommandations issues des ateliers de dissemination regionale ont été incluses dans les plans d'action de l'annee 1996, 3) Des indicateurs de progres ont été calcules pour le PSE/PF, et des themes de recherche operationnelle prioritaires ont été identifiés.

Durant la même periode, une strategie du programme de developpement de l'USAID au Senegal a été adoptee. Cette strategie du programme definit des objectifs strategiques, dont l'objectif strategique No 1 "Maîtrise de la taille de la famille". L'USAID s'est donc engagee dans un processus majeur de reorganisation, qui vise une meilleure efficacite de son programme. Les resultats attendus (cadre de resultats et paquets pour resultats) ont été fixes sur une base consensuelle avec tous les partenaires de L'USAID au Senegal. Ainsi, l'equipe sante a finalement retenu trente trois (33) indicateurs de performance pour lesquels des donnees de base en 1996 etaient necessaires. Parmi ceux-ci neuf (9) indicateurs pouvaient être mesures avec une etude de type Analyse Situationnelle.

En 1995 le PSE /PF a commence a developper des normes et protocoles en matiere de PF. Ces normes et protocoles ont été approuvees par le Ministere de la Sante en 1996. Leur dissemination etant prevue au courant de l'annee 1997, une evaluation de base des pratiques des prestataires etait utile.

Ainsi il était nécessaire de mener une étude rapide susceptible de fournir dans les plus brefs délais un nombre d'indicateurs de base comparables dans chaque sous-système en vue de leur utilisation dans l'évaluation de la performance des programmes. Une telle étude s'avère d'une grande assistance pour le Ministère de la Santé et pour l'USAID dans la documentation de ses acquis et dans l'identification de la manière la plus efficace de définir et de mettre en œuvre ses activités futures.

La présente étude utilise la méthodologie telle qu'elle a été précédemment élaborée et menée dans plusieurs pays africains et au Sénégal pour l'évaluation de la qualité des programmes de santé de la reproduction.

II OBJECTIFS DE L'ETUDE

1 Objectif à long terme

L'objectif à long terme de l'étude est d'apporter une assistance au Ministère de la Santé du Sénégal dans la planification de l'amélioration des services de soins de santé de la reproduction.

2 Objectifs immédiats

- Evaluer la qualité et le fonctionnement des services de SR au Sénégal
- Développer des indicateurs de progrès pour atteindre l'objectif stratégique
- Fournir des données de base pour l'évaluation des normes et protocoles en matière de PF

Le deuxième objectif a fait l'objet d'un rapport séparé sur les indicateurs.

III METHODOLOGIE

Bien que l'étude menée ait reproduite dans une large mesure la méthodologie utilisée lors de l'enquête de 1994, elle comporte les deux particularités suivantes :

- Seulement les quatre régions appuyées par le PSE/PF ont été couvertes
- L'évaluation de l'offre et de la qualité des services a été élargie à d'autres volets de la santé de la reproduction, tels que la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition, les consultations prénatales et la composante MST/SIDA.

A Echantillonnage

Il existe trois unités de sondage dans l'étude réalisée : le Point de prestation de service (PPS), le personnel du PPS et les clientes du PPS. L'étude a porté sur tous les PPS de PF fonctionnels au moment de l'enquête dans les 4 régions. Tous les prestataires de services de SR présents le jour de la visite de l'équipe d'enquête et ayant accepté de prendre part à l'étude ont été interviewés.

Toutes les clientes qui ont été vues en consultation de PF et de prenatale et les accompagnatrices des enfants venus pour consultation diarrhée ont été interviewées. Le tableau suivant présente une vue d'ensemble de l'échantillon de données collectées.

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon

Region	Nbre de PPS	Nbre de PPS par Districts	Nbre Observation et interview PF	Nbre interview cliente SMI	Nbre observation prenatale	Nbre observation diarrhée	Nbre interview personnel
Kaolack	25	Kaolack 24	64	101	62	17	81
		Kafrine 7					
		Koungueul 8					
		Nioro 16					
Fatick	22	Fatick 19	33	119	54	8	89
		Foundiougne 3					
		Sokone 8					
		Gossas 9					
		Guingueneo 6					
		Dioffor 7					
Louga	21	Louga 17	78	106	55	11	92
		Linguere 11					
		Kebeher 9					
		Darou Mousti 6					
		Dara 8					
Ziguinchor	36	Ziguinchor 6	76	120	90	12	54
		Bignona 23					
		Oussouye 7					
Total	194	194	252	446	261	48	316

Au total 194 PPS ont été visités, pour l'ensemble des quatre régions du Sénégal. Ils se répartissent entre 156 PPS ruraux et 38 PPS urbains. Ceci a permis de réaliser 252 observations des clientes venues pour la planification familiale, 446 interviews de clientes SMI, 261 observations de consultation prenatale, 48 observations de consultation curative diarrhée et 316 interviews de prestataires de services.

La majorité des PPS visités (167) sont des postes de santé. Les autres structures se trouvent être des centres de référence (3), des hôpitaux (2), des centres de santé (18), des cliniques de l'ASBEF (4) et d'une (1) PMI.

Presque la totalité des PPS qui offrent des services de PF appartiennent au secteur public (92%). Les autres secteurs regroupant l'ASBEF (2%), un poste de santé privée catholique et le para-public SANFAM (6%).

B Collecte des donnees

L'information a ete recueillie par la combinaison de plusieurs methodes que sont l'inventaire, l'observation et l'interview Sept sources de donnees sont rassemblees dans le cadre de l'etude Pour chaque type de donnees des instruments ont ete elabores L'information a ete collectee a partir des sources suivantes

- l'inventaire des installations disponibles et des services offerts dans le PPS
- l'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de services PF,
- l'observation de la consultation des enfants atteints de diarrhee,
- l'observation de l'interaction entre les femmes venues pour visites prenatales et les prestataires,
- l'interview a la fin de la consultation des clientes PF,
- l'interview a la fin de la consultation des clientes SMI,
- l'interview des prestataires de services de sante de la reproduction

L'information collectee a partir de l'inventaire et des interviews du personnel fournissent des informations sur la disponibilite des services et sur les composantes du programme que sont la logistique les produits, l'equipement la supervision la gestion l'IEC et le SIG Cette information dans son ensemble donne le niveau de capacite des PPS a offrir des services

L'information collectee a travers les guides d'observation et les interviews des clientes decrivent la qualite des services reçus par les client(e)s La mesure de la qualite a ete developpee selon le schema largement utilise par les programmes de planification familiale¹

Rôle et responsabilite des equipes de collecte Une organisation minutieuse est necessaire pour evaluer les differentes composantes du programme Sous la responsabilite d'un coordinateur d'etude, huit equipes ont ete constituees pour la collecte des donnees Chaque equipe est composee de trois personnes

- le chef d'equipe est le superviseur Sa tache est de faire l'inventaire des PPS et de contrôler les questionnaires remplis d'observation et d'interviews,
- un agent de sante fait les observations des consultations et l'interview du personnel,
- et une enquêtrice qui administre les questionnaires d'interviews des clientes

Chaque equipe de collecte a visite un certain nombre de structures durant la periode de collecte L'equipe a en general passe une journee entiere dans chaque PPS de l'etude Cependant, etant donne le grand nombre de poste de sante ou la frequentation est faible, quelque fois deux postes de sante ont pu être visites dans une journee Dans chaque PPS tous les membres du personnel presents le jour de la collecte des donnees ont ete interviewes En outre toutes les consultations de PF, de prenatales et d'enfants venus pour diarrhee ont ete observees pendant la journee Toutes les clientes ou accompagnatrices d'enfants malades ont ete interviewees a la fin de la consultation

¹ Bruce Judith, 'Fundamental Elements of the Quality of Care A simple framework Studies in Family Planning, 21 2 1990 The Population Council New York

IV PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

A ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SR

L'accessibilite a ete evaluee dans cette etude a partir de

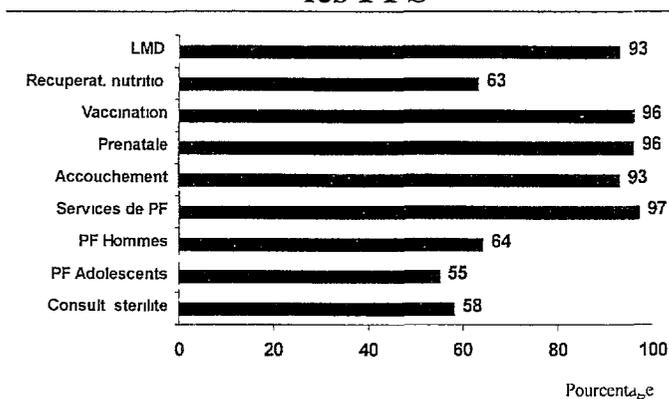
- la disponibilite des services
- le coût de la consultation
- la duree de fonctionnement des services

1 Services offerts dans les PPS

L'integration de toutes les activites de sante au sein de toutes les structures sanitaires publiques de la pyramide sanitaire est l'un des objectifs du Ministere de la Sante

Les resultats de l'inventaire des services offerts dans les PPS montrent que le paquet minimum des services de SR n'est pas toujours disponible dans les PPS. Il apparaît que la planification familiale est offerte avec les consultations prenatales la LMD, les services d'accouchement et les services de vaccination dans presque tous les PPS. La surveillance nutritionnelle, les consultations postnatales et les soins post abortum ne le sont que dans une moindre mesure (86%). La recuperation nutritionnelle, les consultations pour sterilité et les services de PF aux hommes et aux adolescents sont les services les moins disponibles.

Graphique 1
Services habituellement disponibles dans les PPS



Les données collectées montrent que l'IEC en matière de PF est habituellement disponible à 89% dans les PPS, suivi de l'IEC sur les MST. La promotion des moyens de prévention du VIH/SIDA est réalisée dans 67% des PPS. La politique de santé ne prévoit pas de mettre en place des laboratoires dans tous les PPS mais plutôt d'encourager l'approche syndromique. Néanmoins, douze PPS ont déclaré avoir des tests de laboratoire.

L'analyse des données de l'inventaire révèle que dans plus de 60% des PPS tous les services sont disponibles 5 jours de la semaine. En plus les services de PF sont offerts tous les jours ouvrables dans 90% des PPS. En résumé, l'on peut dire que la disponibilité des services de SR est

satisfaisante Cependant un effort pour augmenter la disponibilité de la planification familiale pour les adolescents et les hommes doit être fait

2 Accessibilité financière

Le coût pour l'accès aux services ainsi que pour l'accès aux méthodes et produits dans les PPS est estimé à partir de l'inventaire des services

Il apparaît que pour la grande majorité des PPS les méthodes contraceptives sont offertes gratuitement Les clientes paient essentiellement les frais de consultation Les PPS qui vendent en plus les méthodes contraceptives représentent 31% des PPS offrant la pilule, les injectables, les préservatifs et les spermicides et 9% des PPS offrant le DIU Les coûts moyens de cession de ces différentes méthodes contraceptives sont respectivement de 135 francs pour la pilule 485 francs pour le DIU et 330 francs pour l'injectable 60 francs pour les préservatifs et 30 francs pour les spermicides Deux PPS sur cinq vendent le Norplant

Tableau 2 Coût moyen des consultations selon le secteur

Concernant le coût des consultations il apparaît que l'accouchement est le service qui coûte le plus cher Le secteur parapublic est celui dont les coûts des services sont les plus élevés

La tarification des services a été établie par les comités de santé dans 60% des PPS et par les comités de santé conjointement avec la région médicale dans 19% des PPS

Il apparaît qu'un effort a été fait

depuis 1994 dans la réduction et l'harmonisation des coûts En effet certains comités de santé ont pris des décisions par rapport au prix des contraceptifs Dans quelques districts ils sont déjà inclus dans l'Initiative de Bamako Cependant un effort doit être fait pour que ces tarifs soient officiellement connus du public Il apparaît que pratiquement aucune structure n'a les prix affichés visiblement

Type de Consultation	Public	ASBEF	Parapublic/ privé
Soins prénatals	190	225	260
Accouchement	1215	NA	1855
Vaccination	85	100	100
Planification familiale	155	100	200
LMD	70	50	100
Traitement MST	130	150	215

3 Durée de fonctionnement des services

Les équipes de terrain étaient présentes dans les PPS avant l'heure d'ouverture officielle (8 heures) jusqu'au moment de la fermeture pour constater l'organisation quotidienne des services Les données montrent que seulement 20% des PPS ont démarré les prestations de service avant 9 heures Les données de l'étude montrent que les services de santé sont en général disponibles de

9 heures à 14 heures. Entre l'heure d'arrivée de la première cliente et l'heure où elle a été consultée par le prestataire, il s'est écoulé en moyenne une heure de temps.

Le temps d'attente des clientes est une préoccupation pour le Ministère de la Santé, car il est un élément fondamental de la qualité des services. Les services de santé au Sénégal souffrent d'un engorgement de 2 ou 3 heures de temps. Les données montrent qu'en général les prestations commencent à 9 heures et ralentissent vers 11h 30mn, particulièrement dans les centres de santé hôpitaux et PMI.

Le respect de l'heure d'ouverture officielle et la diminution du temps d'attente des clientes restent donc un objectif à atteindre par la plupart des PPS.

L'interview de la cliente révèle que pour 20% des clientes, il existe des PPS plus proches du domicile. Mais 73% de ces femmes ne s'y rendent pas car elles préfèrent les prestations du PPS fréquente. Pour 9% d'entre elles, le faible nombre de services disponibles dans ces PPS plus proches est la raison de la non fréquentation.

En résumé de cette section sur l'accessibilité des services, les constats suivants peuvent être faits : le paquet minimum des services n'est pas disponible dans tous les PPS. Un effort particulier doit être fait pour améliorer l'accès à la PF des hommes et des adolescents, ainsi que la disponibilité des points ou unités de récupération nutritionnelle. Les coûts de consultation des services sont raisonnables et une minorité de PPS font payer les produits contraceptifs. Cependant, les tarifs ne sont toujours pas connus du public. La durée de fonctionnement des services est encore trop réduite dans les centres de santé en particulier.

Recommandations pour l'accessibilité des services de SR

- 1) La disponibilité des services de récupération nutritionnelle, de services de PF aux adolescents et aux hommes devra être améliorée.
- 2) La création de centres conseil adolescents au niveau des districts et des communes et la sensibilisation des prestataires pour une meilleure prise en charge des adolescents serait une bonne stratégie.
- 3) Les tarifs des services de santé et des produits devraient être affichés visiblement dans tous les PPS.
- 4) Le respect des heures d'ouverture et de fermeture ainsi que la sensibilisation des populations sur les heures de disponibilité des services contribueraient à leur non engorgement et à la réduction du temps d'attente des clientes.

B CAPACITE DE FONCTIONNEMENT DES PPS

L'évaluation du fonctionnement des PPS porte sur la qualité et la quantité des ressources disponibles et les mécanismes de gestion mis en place. Elle est faite à partir de l'inventaire des installations qui comprend les composantes suivantes

- Infrastructure, matériel et équipement
- Disponibilité et formation du personnel
- Disponibilité des services IEC
- Disponibilité des produits
- Supervision
- SIG

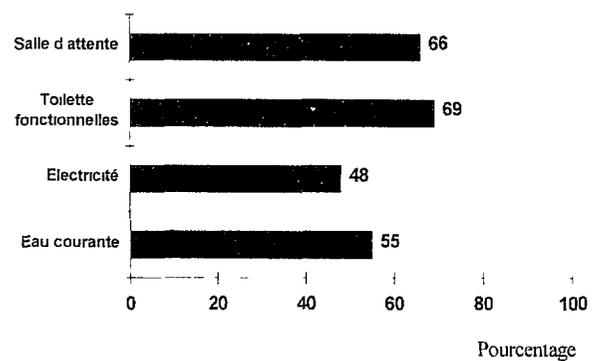
1 L'Infrastructure

La section porte sur l'inventaire de l'infrastructure disponible au niveau des PPS pour déterminer la capacité de fonctionnement des PPS à fournir des services de qualité

L'électricité et l'eau courante ne sont disponibles que dans environ la moitié des PPS. Les toilettes et les latrines sont fonctionnelles dans environ 2 PPS sur 3.

L'analyse selon la localité montre que c'est en milieu rural que l'infrastructure fait le plus défaut puisque plus de 30% des PPS n'ont ni eau ni électricité comparé à ceux du milieu urbain. La majorité des postes de santé en milieu rural sont dans un grand état de délabrement. Particulièrement les toits et les fenêtres sont très abîmés.

Graphique 2
Caractéristique des infrastructures disponibles dans les PPS



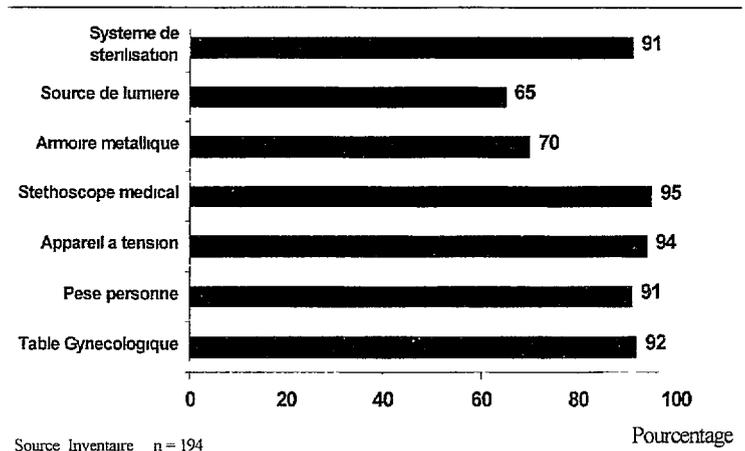
Source : Inventaire n = 194

2 L' équipement

2.1 Equipement de SR

A partir d'une liste standard pour les postes de sante et pour les centres de sante, le materiel et l'equipement ont ete recenses. L'etude montre que plus de 90% des salles de soins des PPS disposent d'une table gynecologique, d'un pese personne, d'un appareil a tension, d'un stethoscope et de moyens de sterilisation. Les armoires metalliques sont disponibles egalement dans trois quart des PPS.

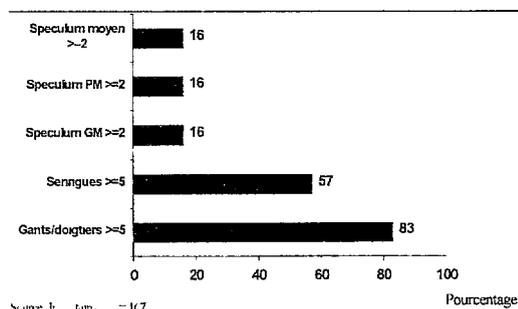
Graphique 3
Pourcentage des PPS disposant de l'équipement minimum pour fournir des services de SR



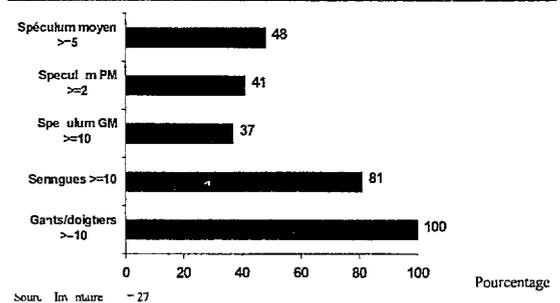
Pour la sterilisation du materiel, le poupinel existe dans 18% des PPS et l'autoclave dans 4% des PPS. Du materiel de sterilisation chimique se trouve dans 3% des PPS. Il apparaît que dans une large mesure, c'est la desinfection a haut niveau qui est utilisee, puisque dans 68% des PPS on ne trouve que des poissonnieres. La totalite des centres de reference, des centres de sante et cliniques ont des poupinels en bon etat (89%), alors que seulement 7% des postes de sante en possedent. Dans 76% des postes de sante, c'est le systeme de poissonniere que l'on trouve.

Pour l'evaluation du materiel comptable necessaire dans la salle des soins, un indice a ete calcule en se basant sur les normes requises par le Ministere de la Sante du Senegal. Cet indice permet de mesurer le pourcentage des PPS disposant du minimum de materiel necessaire pour pouvoir pratiquer des services de qualites. Ainsi, les resultats sont presentes separement pour les postes de sante et pour les centres de sante, centres de reference, hôpitaux et cliniques ASBEF. Cette distinction a ete faite pour tenir compte des minimas selon le niveau de reference de la pyramide sanitaire.

Graphique 4
Pourcentage des postes de sante disposant de materiel minimum necessaire pour fournir des services de SR



Graphique 5
Pourcentage des autres PPS disposant de materiel minimum necessaire pour fournir des services de SR



La totalite des PPS de niveau centres de sante possedent des gants ou doigtiers Par contre les postes de sante sont moins pourvus dans ce domaine Les seringues de differentes tailles existent en nombre suffisant dans la majorite des PPS Il est important de remarquer que les speculums de differentes tailles ne sont pas disponibles en nombre suffisant dans les PPS Même les structures de grandes frequentations, centre de sante et hôpitaux, n'en disposent pas suffisamment

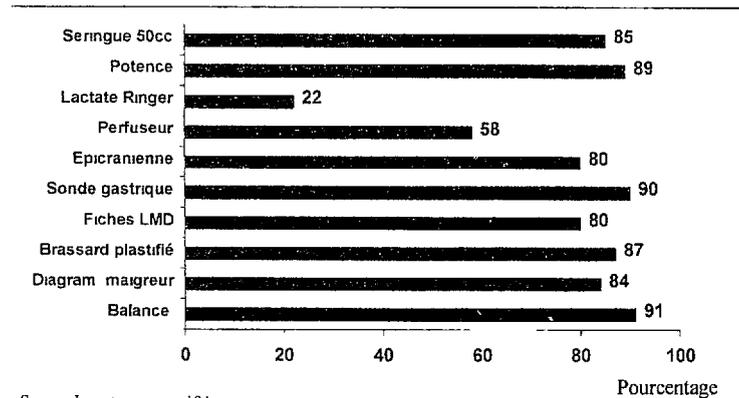
Trente huit PPS offrant la methode du DIU disposent d'une boîte de pose et de retrait Conformement aux normes et protocoles les 27 PPS de niveau centre de sante possedent au moins une boîte de pose et retrait DIU et 11 postes de sante en disposent egalement Le contenu de la boîte est au complet dans 92% de ces PPS et en bon etat Au moment de l'etude il a ete observe que seuls 5 PPS offraient la methode Norplant Dans ces 5 PPS, le materiel etait au complet

On peut conclure que si les PPS sont bien equipes en materiel de longue duree, cependant le petit materiel necessaire pour les examens ou les soins manquent fortement

2.2 Equipement pour la prise en charge des cas de diarrhee et la malnutrition

Au moment de l'etude, 32% des PPS possedaient une Unite de Rehydratation Oral (URO) ou un Centre de Recuperation Nutritionnelle (CREN) fonctionnelle Le Service d'Alimentation et de Nutrition Appliquee au Senegal (SANAS) a equipe pour la prise en charge des cas de diarrhee et de malnutrition tous les PPS des 4 regions appuyeées par le Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale

Graphique 6
Pourcentage de PPS disposant de l'equipement et du materiel pour la prise en charge des diarrhees et de la malnutrition



Ce materiel etait disponible dans la plupart des PPS Cependant, les equipes d'enquête ont eu a observer que le materiel n'etait pas utilise dans la majorite des PPS En effet, selon les rapports qualitatifs des equipes d'enquête, dans tous les districts, le materiel etait soit enferme dans des placards ou des cartons ou utilise en dehors du PPS L'exiguïte et la vetuste des locaux ont ete avances pour justifier cette anomalie En effet pour les responsables des postes de sante, ces locaux ne leur permettait pas de creer un coin de recuperation

2.3 Fournitures de bureau pour le Système d'Information à des fins de Gestion

Les registres de consultation sont les fournitures les plus disponibles dans la quasi-totalité des PPS. On les trouve dans plus de 9 PPS sur 10. L'armoire à clapet est presque inexistante. Un effort doit être fait pour améliorer la disponibilité des classeurs, des dossiers, des fiches de consultation et des cartes de rendez-vous. Plus de 77% des PPS disposent de bureau, de banc d'attente, et de chaises visiteurs. Il existe des fauteuils dans 45 % des PPS.

3 Disponibilité et formation du personnel

Le personnel SMI / PF a été recensé avec la personne responsable de la structure dans la majorité des cas. La formation et le recyclage des prestataires de services ont été saisis à partir de l'interview de tous les prestataires de service présents le jour où l'équipe d'enquête s'est rendue au PPS.

3.1 Disponibilité du personnel

Un total de 924 agents impliqués dans l'offre des prestations de services de SMI/PF ont été recensés le jour de passage des équipes d'enquête. La répartition de ce personnel selon la catégorie socio-professionnelle révèle une prédominance des Agents de Santé Communautaire (551) suivis des Agents Sanitaires (162), des Infirmiers d'état (122) et des Sage femmes et techniciens supérieurs (76). Les Médecins ne constituent que 1% du personnel et servent surtout pour la référence.

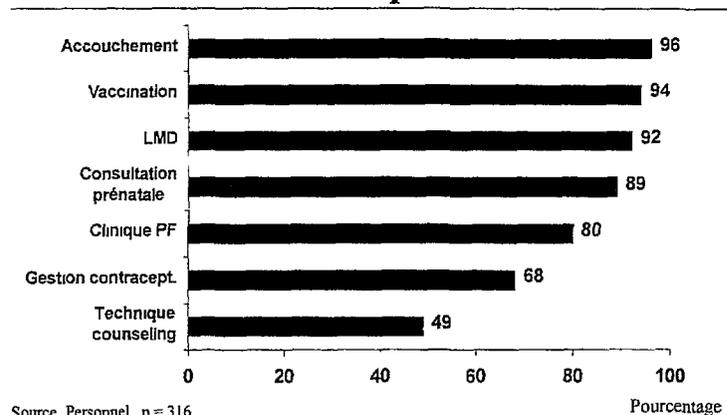
3.2 Formation du personnel

L'interview du personnel permet de voir que l'ancienneté dans le PPS est en moyenne de cinq ans. Sept pour cent des prestataires pratiquent le métier depuis moins d'un an. La durée médiane depuis la fin de la formation de base est de 14 ans.

Le niveau de formation est révélateur de l'intérêt accordé par le Ministère de la Santé au développement des compétences techniques du personnel en SR. Une grande majorité des prestataires ont reçu une formation en accouchement, vaccination, LMD, consultation prénatale, et clinique PF. Les formations portant sur la consultation postnatale, les complications de l'avortement et les techniques d'IEC et la gestion des contraceptifs tendent d'autre part à prendre de l'essor (70%). Par contre, la formation en technique de counselling doit être renforcée.

Plus de soixante pour cent des prestataires ont été recyclés en vaccination, en LMD et en allaitement maternel et bonne pratique du sevrage. Plus de 50% des prestataires ont été recyclés en surveillance nutritionnelle, prise en charge de la malnutrition, counselling/IEC sur les MST/VIH/SIDA et

Graphique 7
Formation des prestataires en matière de santé de la reproduction



formation clinique en MST/VIH/SIDA Le recyclage du personnel dans les differents domaines d'activite est assez recent (1 a 2 ans) Cependant pour la vaccination, la duree depuis le dernier recyclage est plus long (en moyenne 4 ans)

Ainsi on constate que des efforts importants ont ete fait dans le domaine de la formation

4 Activités et Materiel d' IEC

4.1 Causeries dans les PPS

Bien que les activites d'IEC soient theoriquement quotidiennes, l'etude revele que les seances de causerie le jour de l'enquête sont pratiquement inexistantes dans les PPS Sur les 194 PPS visites, seulement 5 PPS soit (3%) ont mene des causeries sur la sante le jour de la visite Sur les 5 PPS ou se sont tenus des causeries, 3 ont porte sur la planification familiale, une (1) sur les soins prenataux, une (1) sur la vaccination et les MST et le VIH / SIDA En faisant une repartition par type de PPS, nous constatons que deux de ces PPS sont des postes de sante et les 3 autres sont des PPS de type centre de sante

Il est aussi interessant de noter que seulement le tiers (32%) de ces PPS possedent un planning des seances de causerie La repartition par type de PPS montre que 49 postes de sante, un (1) centre de reference sur 3, sept (7) centres de sante sur 18, toutes les quatre cliniques de l'ASBEF et la PMI possedent un planning des seances de causerie

Les PPS offrent generalement des services de conseils ou d'information sur la Ligature des Trompes, la vasectomie, la planification familiale naturelle, la MAMA et la contraception d'urgence Sur l'ensemble de ce type de services, la methode MAMA est la plus frequente Environ 4 PPS sur 5 donnent des conseils sur cette methode

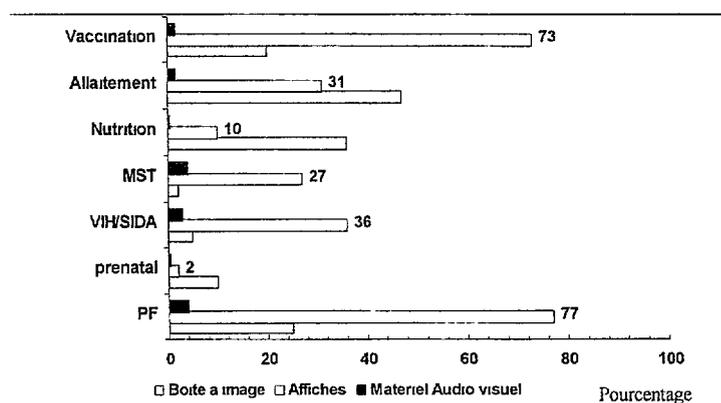
4.2 Materiel d'IEC

Des supports pour la promotion tels que les affiches et les boîtes a image permettent d'informer et d'educuer les femmes

Il ressort de l'information fournie a travers les panneaux et affiches publicitaires que les messages vehicules portent surtout sur les methodes contraceptives et la vaccination

Parmi les differents materiels d'IEC, les affiches sur les murs et les boites a image sont les plus disponibles Cette tendance se retrouve egalement selon le type de PPS Le materiel audiovisuel se trouve uniquement dans les PPS de niveau centre de sante

Graphique 8
Matériel d'IEC disponible dans les PPS



Source Inventaire n = 194

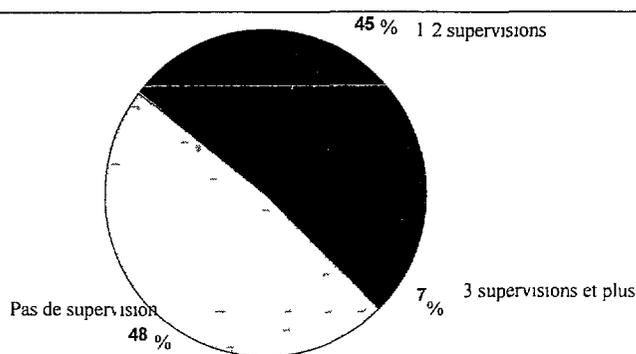
Seulement 19% des postes de sante ont des boîtes a image Quand aux autres materiels ils sont pratiquement inexistantes Les centres de reference et les hôpitaux sont les mieux lotis

5 Supervision

La frequence de la supervision des activites est faible dans toutes les regions de l'etude Selon le Ministere de la Sante, chaque PPS devrait recevoir au moins une visite de supervision par trimestre On peut voir que moins de la moitie des PPS ont reçu une a deux visites de supervision au cours des 6 derniers mois precedant l'enquête Presque la moitie des PPS n'ont reçu aucune visite d'un superviseur Ainsi, la supervision se caracterise surtout par son irregularite

Parmi les PPS qui ont beneficie d'une supervision il apparaît que dans 80% des cas le superviseur a eu a examiner les statistiques La supervision a permis de suggerer des ameliorations et d'observer les soins dispenses dans les differents services dans plus de 50% des PPS Les problemes du service ont ete abordes dans 45% des supervisions

Graphique 9
Pourcentage de PPS ayant reçu une supervision au cours des 6 derniers mois dans les unites SMI/PF



Source Inventaire n = 194

6 Systeme d'information sanitaire

Le support de collecte de l'information necessaire au suivi des clientes, pour la gestion des services de planification familiale est traite dans cette section

Quatre PPS sur cinq disposent d'une fiche de consultation unique et individuelle pour chaque cliente PF Ces fiches sont en bon etat dans 100% de ces PPS Les rapports sont envoyes regulierement au niveau superieur par 95% des PPS Toutefois, l'echeance n'est pas respectee , car la duree moyenne d'envoi du dernier rapport est de 4 mois

Lorsqu'on a pose la question de savoir s'il existe un registre journalier commun des activites SMI/PF dans les PPS, 78% des responsables des PPS ont declare avoir des registres separees pour chaque activite, 20% pour un certain nombre d'activites et 2% des PPS ont des registres pour toutes les activites L'utilisation de l'information pour la gestion des services est bien perçue par les agents

L'information sur l'état de ces registres a été également saisie. Il apparaît que seulement 66% des registres de PF sont dans un bon état, alors que 94% des registres de LMD sont bien tenus. Les prestataires ont souligné la trop grande taille et la mauvaise qualité des registres de PF.

7 Disponibilité des produits

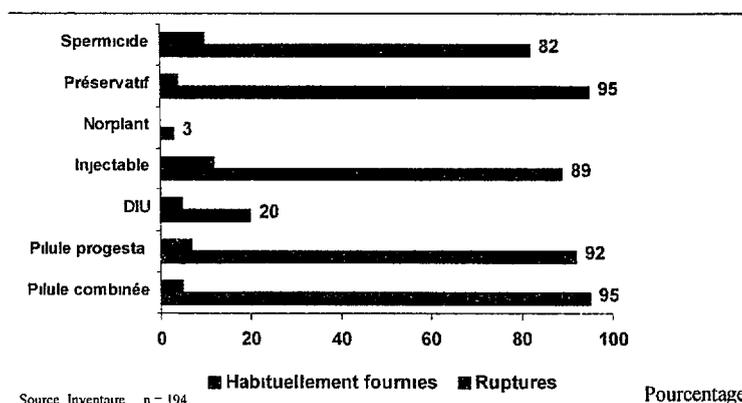
7.1 Stock de contraceptifs et logistiques

Toutes les méthodes contraceptives habituellement fournies par les PPS étaient disponibles le jour de la visite dans plus de 90% des PPS.

Les contraceptifs de courte durée, pilules, préservatifs masculin et spermicides sont les principales méthodes modernes fournies habituellement dans les PPS, viennent ensuite les méthodes hormonales injectables de moyenne durée. Par contre les contraceptifs de longue durée tels que le DIU sont peu utilisés.

Il est à signaler que le Norplant n'est disponible que dans 5 PPS et le préservatif féminin dans un seul PPS.

Graphique 10
Méthodes habituellement fournies dans les PPS



Les ruptures de stock ont touché plusieurs méthodes. Au cours des trois mois précédant l'enquête, 5% des PPS ont eu une rupture de stock en pilule combinée et en DIU, 7% en pilule progestative, 12% en injectable, 4% en préservatif masculin et 10% en spermicide.

Il ressort de ces résultats que certains PPS présentent des insuffisances dans le système de gestion des contraceptifs. La fréquence des ruptures de stocks de contraceptifs est plus importante en milieu rural, particulièrement en ce qui concerne les injectables.

7.2 Produits nécessaires pour la prise en charge des cas de diarrhée et la malnutrition

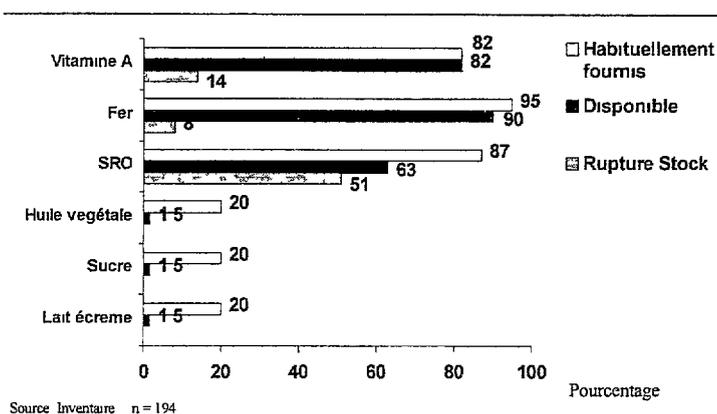
L'étude s'est également attachée à voir la disponibilité des produits tels que le mélange lait, huile, sucre, SRO, FER et vitamine A nécessaires pour la prise en charge des cas de diarrhée et de la malnutrition dans les PPS.

Les données montrent que les produits Lait, Huile, Sucre sont très peu disponibles dans les PPS. Les PPS qui offrent le produit, font plutôt référence à une prescription que les prestataires demandent à la mère de l'enfant d'acheter. Ils montrent ensuite le dosage de la préparation à la mère et en surveillent l'administration.

Par contre la disponibilité de la vitamine A est assez bonne.

Quant au SRO, vu son importance dans la prise en charge des cas de diarrhée, sa disponibilité était faible le jour de la visite et les ruptures de stock au cours des 3 derniers mois étaient importantes puisque plus de la moitié des PPS en avait connu. Un problème de réapprovisionnement a été signalé par les responsables des PPS.

Graphique 11
Disponibilité des Produits pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition dans les PPS



Recommandation sur la capacité de fonctionnement

- 1) Le manque d'eau, d'électricité et de toilettes fonctionnelles du milieu rural, peut être résolu par l'installation de groupes électrogènes ou de plaques solaires, l'utilisation et la formation des relais en technique de construction de canalisations, robinets et la construction ou la rénovation de certaines toilettes par les collectivités.
- 2) Les comités de santé devraient s'investir un peu plus dans la réfection des locaux. Des locaux adéquats permettront aussi d'installer le matériel pour les URO/CREN. D'autre part, la disponibilité du matériel n'est pas suffisante pour permettre une utilisation rationnelle. Il faudrait l'accompagner d'une formation du personnel à son utilisation.
- 3) Un effort supplémentaire devrait être fait pour l'équipement total des PPS, particulièrement des postes de santé selon les normes et protocoles du Ministère de la Santé. Une attention particulière devra être donnée à l'équipement pour la prise en charge de la diarrhée et de la malnutrition afin que tout ce matériel soit utilisé pour les soins des populations.
- 4) L'IEC est toujours la composante la plus faible des programmes, particulièrement de la PF. Si des efforts ont été faits dans la formation de relais qui sensibilisent au sein de la communauté, il n'en demeure pas moins que l'IEC doit être renforcée aussi au niveau des PPS où les populations viennent obtenir les services.

- 5) La supervision devrait être renforcée en créant un système de motivation des superviseurs
- 6) Le manque de personnel qualifié se fait ressentir dans ces régions. Il serait souhaitable que du personnel supplémentaire soit recruté par les collectivités pour combler ce déficit en personnel
- 7) Un système de recouvrement des coûts des produits contraceptifs et des produits pour la prise en charge des cas de diarrhée et de la malnutrition est souhaitable. Cependant, il doit être accompagné d'un excellent système d'approvisionnement afin d'éviter des ruptures de stocks

C QUALITE DES SERVICES

La qualité des services est évaluée à partir de l'observation des consultations et des interviews avec les prestataires de service et les clientes. Les données sont présentées selon le schéma Bruce-Jain et comprend six éléments : les relations interpersonnelles, le choix de la méthode, les informations échangées, les compétences cliniques, les mécanismes pour encourager la continuité et l'organisation des services.

1 Relation interpersonnelle , Interactions Prestataires-clientes

La nature des rapports de convivialité entre le personnel et la cliente depuis l'accueil jusqu'à la sortie de la consultation est un des facteurs incitatifs pour la continuité de l'utilisation des services.

Concernant l'accueil, il ressort de l'observation que les règles de bienséance ont été respectées dans la mesure où la quasi-totalité des clientes ont eu droit à des salutations cordiales.

Les données montrent que la plupart des clientes semblent satisfaites du temps consacré à leur consultation : 85% pensent que le temps était juste ce qu'il fallait, 8% pensent que le temps était très long et 7% qu'il était trop court. Presque toutes les clientes (95%) trouvent que la consultation s'est déroulée dans la discrétion et déclarent avoir reçu des informations claires et les services désirés. Les clientes ont également dans leur grande majorité déclaré avoir reçu l'information et les services souhaités (plus de 95%).

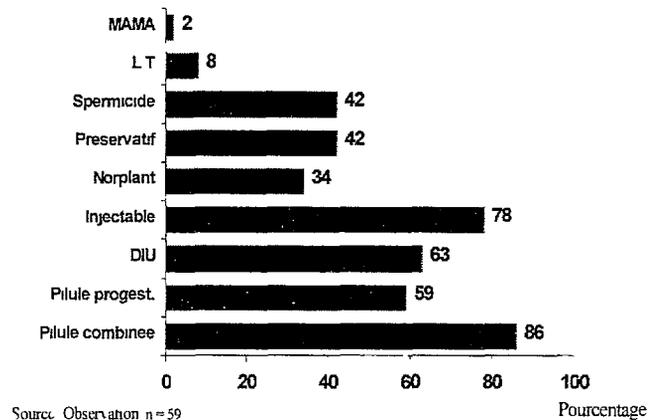
Il faut cependant noter que la satisfaction de la cliente saisie au sein de la structure entraîne un biais positif dans les réponses.

2 Choix de la Methode

La diversité de la gamme de méthodes contraceptives, la possibilité pour la cliente d'accéder à la méthode de son choix et l'attitude des prestataires face aux clientes qui ont des besoins différents constituent des préoccupations pour le gestionnaire de programme de PF

Méthodes discutées avec les clientes Pendant la consultation de la cliente, toute la gamme de méthodes contraceptives a été mentionnée à l'ensemble des nouvelles clientes. Cependant le nombre moyen de méthodes mentionnées par femme est de 1,58. La pilule combinée est la plus mentionnée suivie de l'injectable et du DIU. Ainsi il faut remarquer que ce sont ces méthodes qui sont disponibles dans un grand nombre de structures. Le condom et les préservatifs sont également disponibles dans plus de 80 % des structures. Mais ce type de méthode est surtout utilisé comme méthode d'attente. La ligature des trompes et la MAMA sont très faiblement citées.

Graphique 12
Méthodes mentionnées et discutées par les prestataires avec les clientes durant la consultation



L'analyse des données par type de PPS révèle que la pilule combinée est surtout utilisée dans les postes de santé. L'injectable est la méthode la plus utilisée dans les PPS de niveau centre de santé. La disponibilité du Norplant est limitée à quelques centres de référence et cliniques de l'ASBEF.

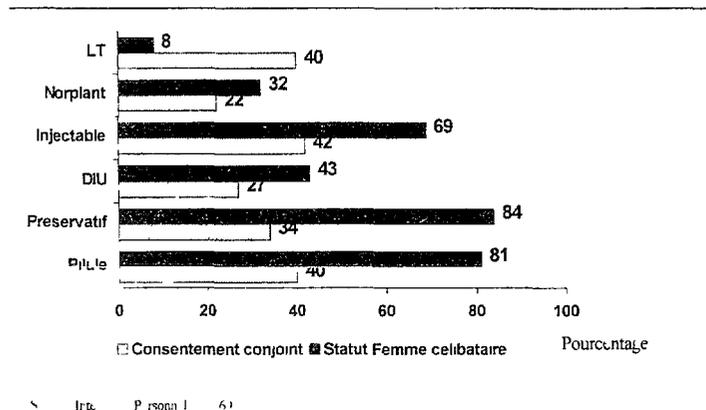
Choix de la cliente L'observation de la consultation de la cliente montre que la préférence des nouvelles clientes pour une méthode contraceptive donnée a été prise en compte dans 97% des cas. Néanmoins il apparaît que durant l'entrevue avec les nouvelles clientes, les prestataires influencent leur choix. En effet pour 13% des observations une méthode spécifique a été encouragée par le prestataire et cet état de fait est plus remarquable dans les postes de santé (19%) contre (10%) dans les autres types de PPS.

Les nouvelles clientes qui n'ont pas pu obtenir leur méthode le jour de leur visite sont au nombre de 12. Elles ont à la place obtenu, la pilule progestative (1 cliente) et les spermicides (11 clientes). Les clientes qui recommencent à utiliser une méthode contraceptive (25 femmes) ont toutes spontanément mentionnées la méthode qu'elles utilisaient auparavant.

Barrières a la contraception Selon les normes en vigueur, la méthode contraceptive choisie par la cliente devrait lui être fournie en dehors de toute contre-indication médicale. Cependant on remarque que pour avoir accès à la contraception, les prestataires ont parfois des critères d'éligibilité basés sur l'âge, la parité, le statut matrimonial et le consentement du conjoint.

Qu'il s'agisse de la pilule ou de l'injectable, l'âge minimum et maximum constituent des critères d'éligibilité déterminant pour plus de 70% des prestataires. Les limites d'âge imposées par les prestataires pour la pilule sont de 16 ans et 40 ans. Ces bornes sont plus élevées pour le DIU, l'injectable et le Norplant (20 ans et 45 ans). Les préservatifs et les spermicides sont les méthodes pour lesquelles ils ont signalés le moins de restrictions.

Graphique 13
Critères d'éligibilité pour obtenir la contraception



Un nombre minimum d'enfant est exigé par les prestataires avant d'offrir la contraception. Cette limite est plus importante surtout pour l'injectable (64%). La parité exigée augmente avec le degré de réversibilité de la méthode. C'est ainsi qu'avec les injectables et le Norplant, les prestataires exigent un minimum de 2 enfants et pour la ligature des trompes 5 enfants. Pour toutes les autres méthodes réversibles, c'est un minimum d'un enfant qui est requis.

Les pourcentages des prestataires qui considèrent l'état matrimonial comme un critère d'éligibilité sont relativement faibles pour toutes les méthodes. Ainsi, les méthodes réversibles sont dans plus de 80% prescrites aux clientes célibataires qui le désirent. La restriction est plus forte sur les méthodes telles que le DIU, le Norplant et la LT. Le consentement du mari est exigé pour certaines méthodes telles que la LT, l'injectable et la pilule.

De façon générale, les prestataires distinguent les méthodes contraceptives d'espacement et de limitation de naissances. Les méthodes d'espacement des naissances les plus recommandées sont la pilule et l'injectable et c'est la ligature des trompes qui est recommandée pour la limitation des naissances.

Environ 30% des prestataires disent ne jamais recommander certaines méthodes, telles que la Ligature des Trompes (48%), la Vasectomie (31%) et la PF naturelle (15%). Presque tous les prestataires signalent ne pas recommander aux clientes qui ont des ITG /MST la méthode du DIU ce qui est conforme aux procédures.

Il apparaît que 18% des prestataires pensent que les injectables peuvent causer une infécondité ou une stérilité permanente. Cinq pour cent des prestataires ont déclaré ne pas savoir.

Cinq pour cent des prestataires ont déclaré ne pas savoir.

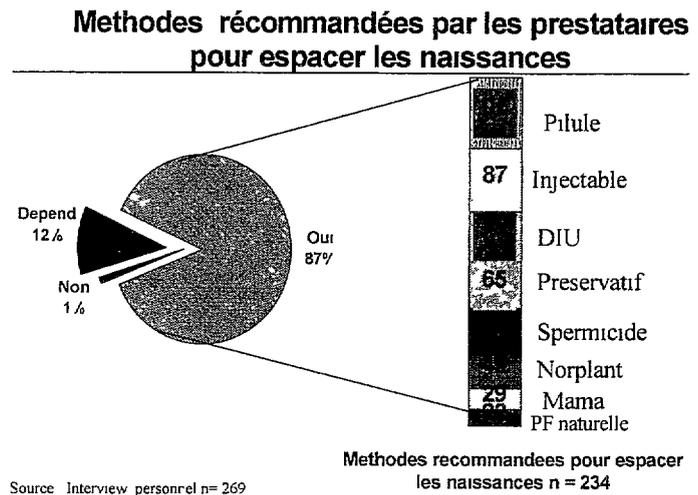
Les données montrent que 23% des prestataires exigent des examens de laboratoire systématiquement avant la prescription d'une méthode, particulièrement pour le DIU.

3 Informations échangées

Des explications relatives à la méthode nouvellement acceptée ont été généralement données par les prestataires, même si l'information demeure incomplète. Cette information est relative au mode d'utilisation, aux avantages, inconvénients et précautions à prendre en cas de problème ou de changement de méthode, ou à la capacité de la méthode à prévenir les MST/SIDA. Dans la pratique, les prestataires insistent surtout sur le mode d'utilisation, les inconvénients et les avantages de la méthode.

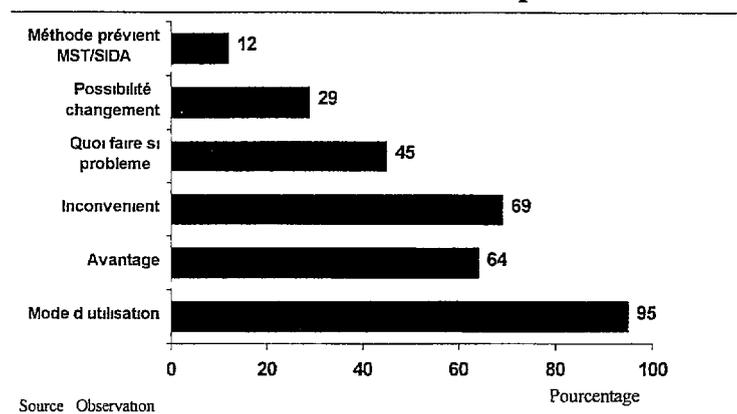
Information sur la méthode choisie Chez une nouvelle cliente qui vient d'accepter une méthode, le mode d'utilisation de la méthode est l'information la plus fréquemment donnée aux clientes, suivi des avantages, des inconvénients et des effets secondaires de la méthode acceptée. Le counseling sur ce que devrait faire la cliente en cas de problème a été évoqué dans moins de la moitié des consultations. La possibilité pour la cliente de changer de

Graphique 14



Graphique 15

Informations données aux clientes sur la nouvelle méthode acceptée



methode si celle qu'elle utilise ne lui convient pas a ete abordee dans le tiers des consultations La capacite de la methode a prevenir les MST/VIH n'a pratiquement pas ete evoquee

En faisant une repartition par type de PPS, nous constatons que les centres de sante, PMI, clinique et centre de reference donnent plus d'informations aux nouvelles clientes concernant la methode acceptee en general que les postes de sante

Les nouvelles clientes ayant choisit la methode MAMA n'ont reçu aucune information sur son mode d'utilisation Une formation des prestataires sur cette methode semble indispensable

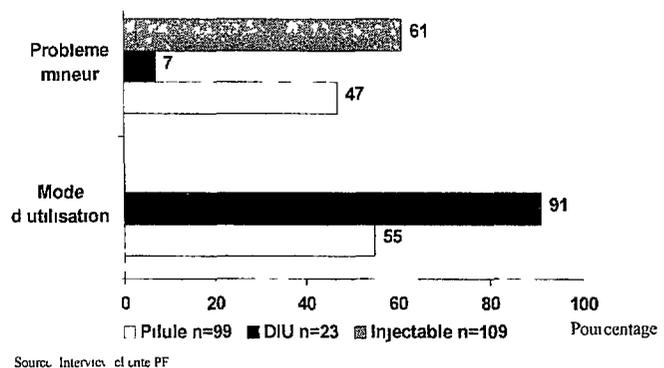
Utilisation du materiel IEC Le recours a un support materiel ou visuel est un moyen approprie pour faire la demonstration de l'utilisation des methodes contraceptives Cependant tres peu de materiel IEC a ete utilise au cours de la consultation Les boîtes a image et les brochures/ dépliants ont ete utilises dans une proportion seulement de 13%, probablement a cause de leur faible disponibilite Les echantillons de contraceptifs sont le support le plus utilise par les prestataires (77%)

Prevention des MST/SIDA Chez les nouvelles clientes selon les donnees de l'observation les prestataires ont presente le preservatif comme une methode contraceptive qui protege contre les MST ou le SIDA seulement dans 10% des consultations Aucun poste de sante n'a eu a le mentionner Cinq prestataires ont eu a expliquer apres examen a leurs nouvelles clientes qu'elles avaient les symptomes d'une MST

Que ce soit pour obtenir la pilule le DIU, l'Injectable ou le Norplant, il apparaît qu'un tres faible pourcentage de prestataires interrogent leurs clientes sur les antecedents en ITG / MST

Information retenue par les clientes A partir de l'interview des clientes PF, il apparaît que les clientes ne connaissent pas bien les methodes qu'elles utilisent En effet le mode d'utilisation du DIU et de la pilule sont les plus connus des clientes Quant aux problemes mineurs, ils sont connus surtout par les utilisatrices de l'Injectable Il faut noter que les effets secondaires lies eventuellement a l'utilisation du DIU ne sont que faiblement connus des clientes qui utilisent cette methode

Graphique 16
Connaissances de la contraception par les clientes PF



4 Compétence technique des prestataires

Les procédures suivies dans les étapes de la consultation par les prestataires sont d'une grande importance dans l'évaluation de la qualité des services. Dans le cadre de cette analyse l'intérêt porte principalement sur les antécédents et examens médicaux et les conditions d'asepsie lors de l'examen pelvien. La technicité par rapport à l'insertion et au retrait du DIU et du Norplant a été également évaluée.

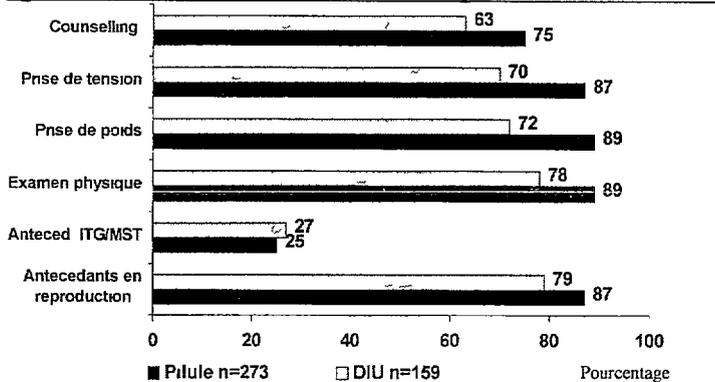
Procédures jugées nécessaires

Pour une cliente ne souhaitant plus avoir d'enfant, c'est la ligature des trompes qui est fortement recommandée, suivie de l'injectable et du Norplant. Il est important de noter que l'injectable tient la deuxième place pour la limitation des naissances. Les mêmes résultats avaient été obtenus lors de l'Analyse Situationnelle de 1994.

En face d'une cliente désirant une méthode et n'ayant pas ses menstruations, les prestataires donnent surtout les préservatifs. Il est ensuite demandé à la femme de revenir lorsqu'elle aura ses menstruations. Une bonne partie des prestataires renvoient la femme jusqu'aux prochaines menstruations. Il apparaît également que le tiers des prestataires provoquent les menstruations ou fournissent la méthode. Certains font un examen clinique pour éliminer les risques de grossesse.

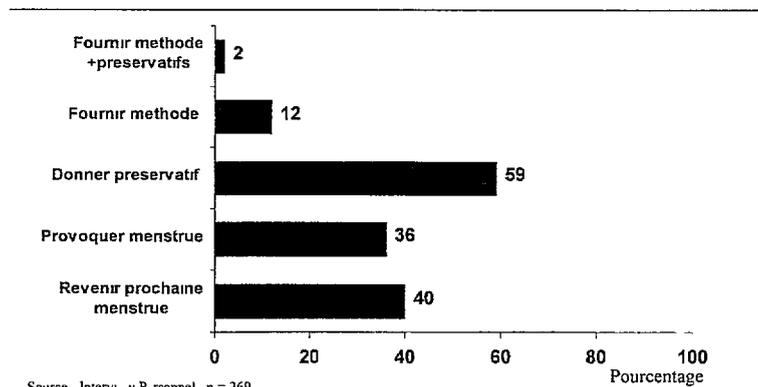
Aux clientes qui se présentent pour la première fois, la prise de poids et celle de la tension artérielle est presque systématique. Ensuite un examen pelvien et une vérification de l'anémie est faite par trois quarts des prestataires. Les analyses de MST/SIDA et le frottis cervico-vaginal s'inscrivent dans le cadre d'une recherche para-clinique complémentaire des examens cliniques. Il est donc aisé de comprendre pourquoi ces analyses sont rarement demandées.

Graphique 17
Procédures jugées nécessaires par les prestataires avant d'offrir la pilule et le DIU



Source: Interview personnel

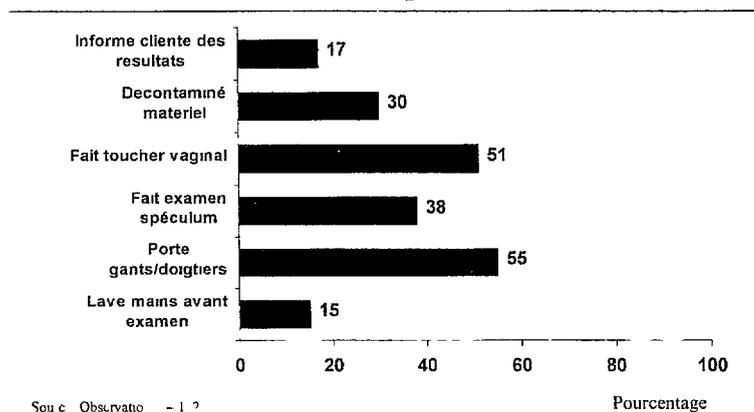
Graphique 18
Pratique des prestataires en face d'une cliente désirant une méthode et n'ayant pas ses menstruations



Source: Interview personnel n=269

L'étude révèle que les conditions d'asepsie ne sont pas rigoureusement observées au cours de l'examen pelvien. En effet, pour 15% des clientes, les prestataires ne se sont pas lavés les mains avant l'examen pelvien et seulement 55% des clientes ont été examinées avec des gants ou doigtiers. La prévention des infections n'est pas encore prise en charge par les prestataires, puisque les observations montrent que seulement 40% des gants utilisés étaient stériles et que le matériel n'a été décontaminé que dans 30% des cas.

Graphique 19
Procédures médicales accomplies durant l'examen pelvien



Sachant les conséquences graves que la non-observation de toutes les conditions d'asepsie peut avoir sur la santé des femmes et des populations, surtout dans un contexte de pandémie du SIDA, il est urgent de prendre les mesures qui s'imposent afin d'améliorer la prévention des infections.

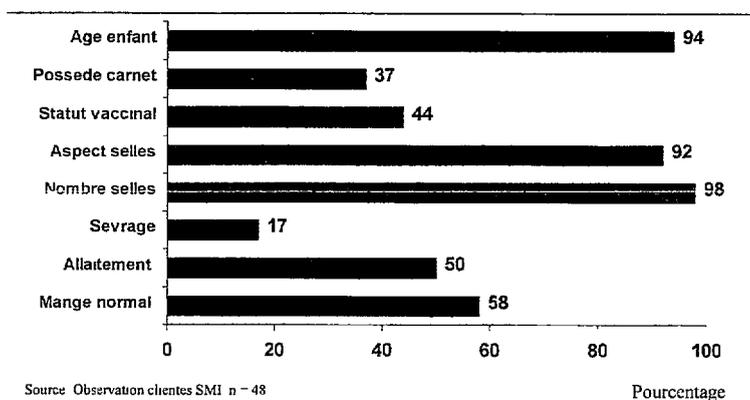
Par ailleurs, près de 90% des clientes examinées n'ont pas été informées avant de la procédure de l'examen, et les résultats de l'examen ne sont communiqués qu'à peu de clientes. L'inspection de la zone génitale externe, l'examen au spéculum et le toucher vaginal ne sont pas effectués pour toutes les clientes qui bénéficient d'un examen pelvien.

Prise en charge des effets secondaires La prise en charge des effets secondaires par les prestataires des clientes ayant eu des problèmes avec les méthodes reste un élément essentiel pour la continuité. La principale raison avancée par les clientes qui reviennent avec des problèmes est la présence d'effets secondaires (68%). Presque toutes les clientes se présentant avec des problèmes relatifs à leur méthode contraceptive ont pu en discuter avec le prestataire. Le prestataire a eu à faire un traitement médical dans moins de la moitié des cas et il a suggéré à la cliente de changer de méthode dans 8% des cas. La majorité des prestataires confrontés à ce type de cas a agi selon ce que les protocoles recommandent, ce qui permet de dire que la prise en charge des effets secondaires est bonne.

Procédures médicales accomplies durant la consultation curative “Diarrhée” Une observation des consultations curatives diarrhée de quarante huit enfants a été faite

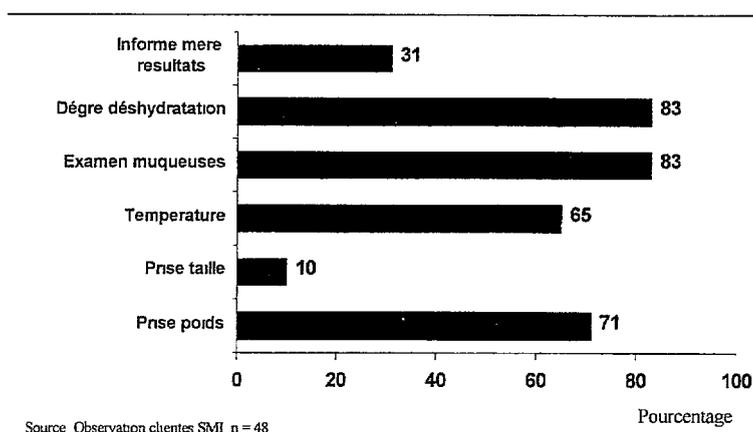
Les questions les plus fréquemment abordées par la quasi-totalité des prestataires lors de la consultation curative “Diarrhée” portent sur le nombre de selles, l’aspect des selles et l’âge de l’enfant. La recherche est moins systématique pour d’autres éléments. En effet les prestataires s’informent peu de l’alimentation de l’enfant, du traitement déjà reçu au domicile par la mère, du statut vaccinal de l’enfant.

Graphique 20
Questions abordées par le prestataire lors des consultations curatives “Diarrhée”



Il apparaît que les prestataires pratiquent les examens de la muqueuse, le degré de déshydratation, la prise de la température et du poids chez la plupart des enfants. Tandis que la prise de la taille, du poids et l’examen des selles est moins prise en compte par les prestataires. Il faut noter également que dans ce domaine aussi, la communication interpersonnelle est faible, puisque à peine le tiers des mères est informée des résultats de l’examen.

Graphique 21
Procédures médicales accomplies durant la consultation curative “Diarrhée”



L'on a pratiquement demande a toutes les nouvelles patientes l'âge et les antecedents en matiere de reproduction La date des dernieres regles est demandee dans une moindre mesure Il apparaît que pour les patientes qui viennent pour des consultations ulterieures ces trois questions, sont encore souvent posees

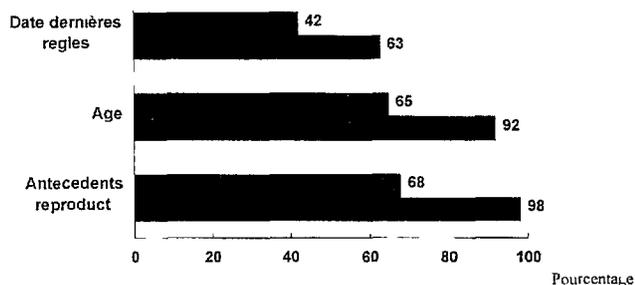
La prise de poids et de la tension arterielle, l'examen des muqueuses et des conjonctives, la recherche d'oedemes sur les membres inferieurs et la hauteur uterine sont bien respectes par les prestataires Cependant il est plus rarement demande aux femmes de vider leur vessie

La recherche d'albumine a ete faite pour 57 % des premieres visites Mais les autres tests sur le sang, test d'Emmel, BW ont ete demandes pour une

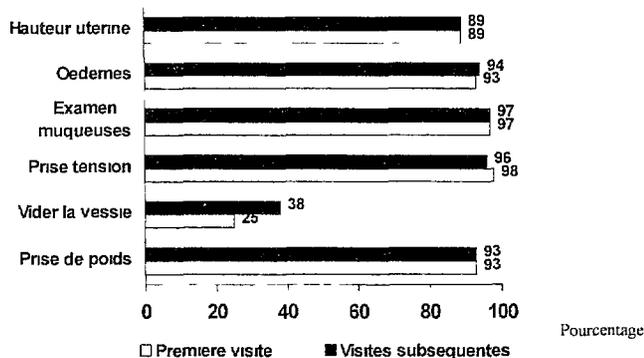
consultation sur six A presque toutes les clientes (92 %), le fer a ete prescrit ainsi que la chloroquine Le vaccin anti-tetanique a ete prescrit a 84 % des femmes Les consultations des nouvelles durent en moyenne 10 minutes

En conclusion les donnees montrent que la prise en charge des visites prenatales est assez conforme aux protocoles du Ministere de la Sante I es procedures qui sont moins respectees demandent pour être executees l'existence d'infrastructures ou d'equipements qui, comme nous l'avons note dans la capacite de fonctionnement ne sont toujours conformes a ce que prevoient les normes

Graphique 22
Questions abordées par le prestataire lors des consultations prénatales



Graphique 23
Procédures médicales accomplies lors des visites prénatales

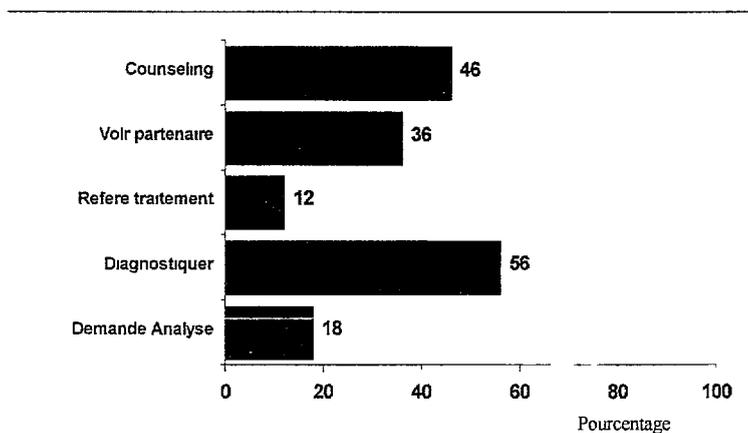


Source Observation n=265

Aptitude du personnel a prendre en charge les services de MST/SIDA Des interviews menees aupres du personnel travaillant dans les services de sante de la reproduction des PPS a permis de mieux comprendre leurs attitudes et pratiques

A la question "Que faire si une cliente a une MST" moins de la moitie des prestataires a repondu qu'ils feraient un counseling a une cliente atteinte d'une MST. Une proportion tres infime des prestataires a repondu qu'il refererait pour un counseling. Quatre prestataires sur cinq ont declare qu'ils traiteraient les femmes atteintes d'une MST.

Graphique 24
Prise en charge des clientes avec MST



La même question a ete posee a propos du VIH /SIDA. On note que la premiere attitude d'un prestataire face a une cliente atteinte par le VIH /SIDA est de referer pour un test. Cependant seulement 33% des prestataires feraient un counseling a ces femmes. Un prestataire sur quatre referer pour traitement des complications et pour un counseling. Même si les prestataires ont une connaissance parfaite du SIDA, la conduite qui consiste a prevenir la contamination des personnes contacts par l'utilisation des preservatifs est moins repandue. En effet, seulement 30% des prestataires pensent a proposer des preservatifs aux personnes venues en consultation.

5 Mécanisme pour assurer la continuité

L'ensemble des procedures mises en oeuvre pour encourager la continuation de l'utilisation de la contraception, c'est a dire la quantite des contraceptifs fournie et le calendrier des consultations subsequentes sont autant de facteurs qui peuvent avoir un impact sur l'utilisation des services.

Les donnees de l'etude montrent que 35% des prestataires fournissent habituellement a une cliente qui utilise avec succes la methode depuis un an ou plus 1 a 2 plaquettes seulement. Soixante quatre pour cent des prestataires donnent entre 3 et 6 plaquettes de pilule. Il a ete signale par 88% des prestataires interroges qu'une cliente devrait retourner pour une visite de suivi ou pour un reapprovisionnement pendant la derniere semaine de la derniere plaquette de pilule.

La quasi-totalite des nouvelles clientes (98%) ont eu l'information relative a leur prochain rendez-vous pour un suivi ou un nouvel approvisionnement. Cet etat de fait est valable autant au niveau des clientes des postes de sante (95%) qu'au niveau de celles des autres types de PPS (100%).

Parmi les nouvelles clientes, 65% ont pu obtenir la methode qu'elles avaient decide d'utiliser. A la majorite de ces clientes, la date et le lieu de la prochaine visite au PPS ont ete specifiques par le prestataire ainsi qu'une carte de rendez-vous. Sur cet effectif, 84% proviennent des postes de sante et 95% des autres types de PPS.

A toutes les nouvelles clientes, il a ete specifie le même endroit pour le suivi.

6 Organisation des services SMI / PF

L'integration des services dans les structures sanitaires publiques est un des objectifs du Ministere de la Sante. Cette integration devrait se traduire par la disponibilite au sein de la même structure de sante de plusieurs services tous les jours.

Le paquet d'activite cible concerne les consultations prenatales, les consultations postnatales, la vaccination, la LMD, la recuperation nutritionnelle, la surveillance nutritionnelle, les soins post abortum, l'accouchement et la planification familiale. Ces services sont habituellement disponibles dans plus de quatre PPS sur cinq.

L'observation de l'interaction prestataires-clientes PF revele que pendant la consultation PF les autres problemes de sante sont rarement abordes.

D'autre part, 8% des clientes ont reçu de la part des prestataires des soins autres en plus de la PF. Cette demande de soins se resume aux soins postnatal, MST, vaccination, surveillance ponderale, LMD (RVO) et le service de nutrition. La majorite de ces femmes ont reçu des services sur la vaccination des enfants et la surveillance ponderale (18%), tandis que seules 6% d'entre elles ont demande et reçu un service en nutrition.

Recommandation sur la qualite des services

- 1) Effectuer une supervision reguliere et effective pour pouvoir changer certaines pratiques negatives des prestataires quant au lavage des mains et a l'utilisation de gants steriles lors de la consultation.
- 2) Recycler periodiquement le personnel en technologie contraceptive et surtout en counseling pour pouvoir favoriser la communication interpersonnelle.
- 3) Former les ICP et les sages femmes en technique de pose et de retrait de DIU et du Norplant.
- 4) Recycler le personnel qui s'occupe des maladies diarrheiques et de la malnutrition pour qu'il respecte les procedures des consultations curatives.
- 5) Diffuser a tous les niveaux de la pyramide sanitaire les normes et protocoles.

V DISSEMINATION ET UTILISATION DES RESULTATS

A la fin de l'étude les différentes activités suivantes ont été entreprises pour faciliter la diffusion et l'utilisation des résultats

- **Atelier de dissemination nationale** Un atelier national a été organisé par l'USAID du 28 au 30 juillet 1997 dont l'objectif était d'une part de présenter les diverses études commanditées et d'autre part de formuler des recommandations sur une meilleure utilisation des financements et de l'assistance technique dans le cadre de la stratégie actuelle de l'USAID
- **Présentation des données à l'atelier de développement de stratégies et de messages en PF/MST/SIDA au Sénégal** Les résultats sur l'IEC ont été présentés et discutés par une trentaine de personnes lors d'un atelier dont le but était d'élaborer un document de stratégie nationale de 5 ans en IEC pour la santé de la reproduction. Un rapport préliminaire sur l'IEC a été distribué aux participants afin de servir de documents de base pour l'identification des problèmes. Le rapport final sur les résultats spécifiques de l'IEC a été développé
- **Atelier de diffusion dans les régions** Des journées de diffusion des résultats ont été organisées dans les régions visitées afin de restituer les résultats spécifiques à chacune. Cet atelier a regroupé les médecins chef de région et de district, les superviseurs SSP, les coordinatrices SMI /PF, les représentants du SANAS, l'EPS, l'ASBEF, et quelques prestataires de service (centre de référence PMI Hôpital). Ces journées de diffusion ont eu lieu au mois d'août et de septembre 1997. Ces journées permettent d'impliquer directement les responsables régionaux et de districts dans l'identification des forces et des faiblesses de leur programme et dans la recherche de solutions. Ces forces et ces faiblesses ainsi que les recommandations émises par les responsables de programme dans chaque région ont été prises en compte dans les quatre rapports régionaux
- **Assistance aux programmes de l'USAID** A partir des données de l'étude un certain nombre d'indicateurs du cadre de résultat de l'objectif stratégique No1 ont été calculés. Ces informations ont permis à la mission d'élaborer un rapport annuel d'activité (Results Report Resources Request R4). Les résultats des calculs de ces indicateurs ont fait l'objet d'un rapport
- **Assistance au projet BASICS** Des analyses spécifiques sur la disponibilité des produits et équipement de survie de l'enfant ont été utilisées pour la revue du programme de l'agence de collaboration BASICS chargée d'appuyer le Service d'Alimentation et de Nutrition appliquée au Sénégal (SANAS). Une reorientation des stratégies a été l'un des résultats de cette réunion